Ha
188
Lane Medical Library

Zur
Behandlung der Leistenbubonen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

in der Medicin und Chirurgie,

welche

nebst den beigefügten Thesen

mit Genehmigung der medicinischen Facultät

der vereinigten Friedrichs-Universität

Halle-Wittenberg

am Mittwoch den 26. April 1882, Vormittags 12 Uhr,

öffentlich vertheidigen wird

Otto Kübitz
pract. Arzt aus Loburg.

Opponenten:
Brühl, Dr. med.
Corte, cand. med.

Halle.
Druck von E. Karras
1882.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153713_0061

Seinem lieben Collegen

Dr. med. TROITZSCH,

pract. Arzt zu Rosslau,

in dankbarer Verehrung

gewidmet

vom

Verfasser.

Die entzündliche Schwellung der Lymphdrüsen der Leistengegend, der Bubo inguinalis, verdankt, wie die Drüsenschwellungen überhaupt, den verschiedenfachsten ätiologischen Momenten seine Entstehung. Lassen wir es dahin gestellt, ob es einen auf einer idiopathischen Erkrankung der Leistendrüsen beruhenden sogenannten rheumatischen Bubo giebt, wie viele Autoren behaupten, andere bestreiten, so bleiben eine Menge von Local- wie Allgemeinaffectionen des Körpers, die in ihrem Verlaufe zu einer entzündlichen Schwellung der Inguinaldrüsen Anlass geben können. Wie überall, so können auch in der Leistengegend bei constitutionellen Erkrankungen Drüsenschwellungen auftreten, so bei kachectischen Individuen, bei Leukämie u. s. w. Dahin gehören ferner die als Infectionsmetastasen aufzufassenden Drüsentumoren bei Tuberkulose, Scrophulose, Lues. Vor allem aber führen locale Erkrankungen im Quellgebiet der zu den Leistendrüsen führenden Lymphgefässe entzündliche Schwellung derselben herbei. Wir sehen Bubonen auftreten im Gefolge von Excoriationen und Ge-

schwüren jeder Art, besonders aber bei virulenten Erkrankungen der Genitalien, bei Tripper, bei Ulcus durum, und besonders typisch bei Ulcus molle.

Der letztere, der Schankerbubo, bietet sich bei weiten am häufigsten der Beobachtung dar und kann als Paradigma für alle übrigen mit Suppuration einhergehenden Drüsentumoren gelten. Aus diesem Grunde, und weil die aus andern Ursachen hervorgegangenen Bubonen theils der Allgemeinbehandlung des constitutionellen Leidens unterliegen, theils nach denselben Regeln, wie der Schankerbubo, behandelt werden müssen, soll im Folgenden wesentlich von diesem Letztern die Rede sein.

Die Entstehung des Bubo ist so zu denken, das von dem vorhandenen Geschwür aus auf dem Wege der Lymphbahnen die Entzündung auf die Drüsen übertragen wird. Eine oder mehrere Lymphdrüsen beginnen entzündlich zu schwellen und bieten sich der palpirenden Hand als harte, schmerzhafte Knoten dar, während subjective Symptome, wie Beschwerden beim Gehen, ein dumpfer Schmerz, das Gefühl von Schwere in der Extremität, allgemeines Unbehagen und zuweilen gar Fieber auf die beginnende Adenitis aufmerksam machen. Bald werden grössere Drüsengruppen befallen, es gesellt sich Periadenitis hinzu, Suppuration tritt ein und gewinnt bedeutende Ausdehnung, es kommt zu einer Phlegmone, die sich weithin erstrecken kann. Greift die Kunst nicht vorher ein, so bricht schliesslich der Abscess mit einer oder mehreren Fisteln nach aussen durch.

Dies ist der gewöhnliche, nicht complicirte Verlauf der Leistenbubonen, deren Therapie den folgenden Zeilen zum Vorwurf dient.

Was zunächst die Prophylaxe des Schankerbubo anlangt, so liegt es auf der Hand, dass dieselbe nur in einer rationellen Behandlung des ätiologischen Momentes, d. i. des Ulcus molle, bestehen kann. Man ist soweit gegangen, die Entstehung des Schankers schon verhüten zu wollen. Vidal de Cassis berichtet, dass Lunar Calderon ein Mittel besessen habe, unter dessen Schutze er sich selbst ungestraft Schankergift einimpfen durfte. Noch heutzutage werden sorgfältige Reinigungen nach einem verdächtigen Coïtus mit desinficirenden Waschwässern aller Art empfohlen. Indessen dürfte sich wol keins derselben jemals mit Sicherheit bewährt haben.

Gegen den Schanker selbst ist eine grosse Anzahl von Mitteln in Gebrauch. Die eine Gruppe derselben besteht aus Deck- und Verbandmitteln, die den Zweck haben, Reize und äussere Schädlichkeiten fernzuhalten, die nachbarlichen Hautstellen vor Selbstinfection zu schirmen, die Eintrocknung des Geschwürssecrets zu vermeiden, um dadurch örtliche Entzündung und Lymphangoïtis zu verhüten und so das Ulcus der Naturheilkraft zu überlassen. Man bedeckt zu dem Ende das wiederholt und sorgfältig zu reinigende Geschwür mit indifferenten Stoffen, wie trockner Charpie, Salicyl- oder Carbolwatte. Will man zugleich einen leichten Reiz auf das Geschwür ausüben, so kann man den Verbandstoff armiren mit einem der zu

diesem Behufe in grosser Zahl empfohlenen Medicamente. Deren sind: Lösungen von Argentum nitricum, Cuprum sulfuricum, Cuprum aceticum, Zincum chloratum, Kali causticum, Alaun u. s. w.; ferner Salben von rothem und weissem Präcipitat, Zink, Alaun, Kupfer, Höllenstein. Kaposi empfiehlt ein auf Leinwand aufgestrichenes, nicht oxydirtes, gut klebendes Emplastrum hydrargyri als besonders praktisch und den obigen Indicationen am besten entsprechend. In neuerer Zeit hat man auch ganz besonders mit Jodoform Versuche angestellt und will gefunden haben, dass dieses Mittel nicht nur antiseptisch, sondern geradezu specifisch bei Schanker wirke.

Alle diese Mittel haben ihr gutes, keins derselben ist absolut zu verwerfen. Bald unter dieser, bald unter jener Behandlungsweise kommt das Schankergeschwür schön und schnell zur Heilung. Aber die Erfahrung lehrt, dass in etwa 40 % aller Fälle, die nach obigen Grundsätzen behandelt werden, eine Adenitis, ein Bubo entsteht. Als Prophylactica des Bubo inguinalis haben also alle die oben erwähnten Mittel keinen Werth.

Eine andere Reihe der therapeutischen Massregeln bei Ulcus molle geht darauf aus, durch Elimination der inficirten Stelle Heilung zu erzielen und der Entstehung eines Bubo vorzubeugen. In der That kann man rationeller Weise nur auf diesem Wege hoffen, eine drohende Lymphdrüsenentzündung zu verhüten. Die einfachste Methode, die dieser Indication entspricht, wäre die Excision des Geschwürs. Dieselbe ist auch

vielfach in Gebrauch; allein abgesehen davon, dass sie nicht an allen Stellen praktisch durchführbar ist und manches Unangenehme, wie Blutung, schwere Narbenbildung u. s. w. im Gefolge hat, so ist sie vor allen Dingen aus dem Grunde nicht zu empfehlen, weil sehr häufig nach der Excision die Schnittränder sich schankerös inficiren, und man dann also in nichts gebessert ist.

Andererseits sucht man das Geschwür zu zerstören und aus dem Körper auszuscheiden durch Cauterisation. Man verwendet zu dem Zwecke verschiedene Aetzmittel, wie Schwefelsäure, Salpetersäure, Quecksilberchlorid, Aetzkali, Höllenstein in Substanz oder in starker Lösung, oder man nimmt seine Zuflucht zum Ferum candens oder zur Galvanokaustik.

Am einfachsten, sichersten und bequemsten geschieht die Aetzung mit dem Lapis infernalis. Herr Dr. Genzmer, der in ausserordentlicher Liebenswürdigkeit zur vorliegenden Arbeit mir seine Erfahrungen und sein Material zur Verfügung stellte, ätzt jedes Ulcus molle, das in seine Behandlung kommt, sofort ausgiebig und energisch mit dem Höllensteinstift. Dreiunddreissig Schanker sind in den Jahren 1880 und 1881 von ihm auf diese Weise behandelt worden, und kein einziger von diesen hat einen Bubo im Gefolge gehabt. Dagegen sind sämmtliche Bubonen, die er im Verlauf derselben Zeit in Behandlung hatte, einundzwanzig an der Zahl, erst als solche zu ihm gekommen und waren durch Schanker entstanden, die vorher von andern Aerzten in anderer Weise behandelt

worden waren. Ganz entschieden ist damit bewiesen, dass gegenüber allen andern Behandlungsmethoden das rechtzeitige und gründliche Aetzen des weichen Schankers mit dem Höllensteinstift das sicherste Prophylacticum gegen die Entstehung eines Leistenbubo ist.

Gegen den Bubo selbst, mag er im Beginn oder ausgebildet zur Behandlung kommen, sind eine grosse Menge von Heilmethoden in Gebrauch. Dieselben zerfallen in zwei Hauptgruppen, die conservativen Verfahren und die operativen Eingriffe.

Die conservativen Behandlungsmethoden des Bubo erstreben Stillstand der Entzündung, Rückbildung der Geschwulst, Verhütung der Eiterung, resp. Resorption des schon gebildeten Eiters. Zu dem Ende pflegt man bei beginnender Schwellung Umschläge mit kaltem Wasser, mit Bleiessig u. s. w. zu machen, oder man sucht durch Application eines leichten Compressivverbandes, mittels eines Schrotbeutels u. s. w. Resorption zu erzielen. Ferner gehören hierher diejenigen Mittel, welche darauf ausgehen, durch Gegenreiz von der Haut her, durch Erzeugung einer akuten chemischen Entzündung in derselben, Resorption in dem entzündeten Drüsengewebe zu veranlassen. Einer grossen Beliebtheit erfreut sich in dieser Beziehung das Jod, und zwar wendet man gewöhnlich die Jodtinctur rein oder um den Schmerz zu lindern mit Tinctura Gallarum oder Tinctura Belladonnae zusammen an. Auch Jodcollodium oder Jodglycerin, sowie Jodoformcollodium hat man versucht. Ebenso sind Einreibungen von grauer Quecksilbersalbe üblich,

weniger in Gebrauch ist wol das Emplastum Hydrargyri allein oder mit Emplastrum saponatum zu gleichen Theilen. Nicaise hat auch die mehrfach wiederholte Application von Vesicantien empfohlen, und Malleparte verbindet damit die Anwendung einer Sublimatlösung, die er auf die von Epidermis entblösste Haut einwirken lässt.

Alle die erwähnten conservativen Behandlungsmethoden des Bubo können in einzelnen Fällen wol einmal zum Ziele führen, die grosse Mehrzahl der Bubonen aber geht ihnen zum Trotz in Eiterung über. Aber selbst wenn man mit ihrer Hülfe die Rückbildung der Geschwulst erzwingt, so gehört eine ausserordentliche Geduld, eine langdauernde Bettruhe u. s. w. dazu. Zeisse, der die Behandlung mit Bleiwasserumschlägen besonders warm empfohlen hat, giebt selbst an, dass bei 67 Fällen die Dauer der Behandlung im Durchschnitt 37 Tage betrug. Dem gegenüber kommen die gerühmten Vorzüge der Einfachheit, Reinlichkeit und Schmerzlosigkeit gar nicht in Betracht. Aber auch abgesehen von der Unsicherheit des Erfolges und von der langwierigen Behandlung hat diese Methode auch noch den Nachtheil, dass sie, wenn sie nicht zum Ziele führt, die Prognose des Bubo von Tag zu Tag verschlimmert. Je länger man abwartet, um so grösser wird der Abscess, um so schwieriger und langweiliger die Heilung. Auch kommt es vor, dass, wenn vor der Hand auf konservativem Wege eine Rückbildung der entzündlichen Schwellung erzielt zu sein scheint, nach einiger Zeit noch späte

Nachschübe auftreten und einen nun erst recht langwierigen Eiterungsprocess bedingen. Endlich hat Herr Dr. Genzmer die Erfahrung gemacht, dass in solchen Fällen leicht ein geschwüriger Zerfall des Bubo, ein sogenannter Drüsenschanker, entstehen kann (cf. die Beispiele No. 10 und 16).

Fassen wir alles darüber Erwähnte zusammen, so dürfte eine abwartende, konservative Behandlungsmethode, welcher Art sie immerhin sein möchte, bei Leistenbubonen nicht empfehlenswerth erscheinen.

Was die zweite Gruppe der Heilverfahren bei Schankerbubonen, die operativen Eingriffe, anlangt, so giebt es deren wieder eine grosse Zahl. Jedoch lassen sich nach den leitenden Gesichtspunkten auch hier wieder zwei Reihen zusammenordnen, die sich danach unterscheiden, ob der Drüsenabscess durch eine kleine oder grosse Oeffnung entleert wird.

Die erstere umfasst die sogenannten subkutanen oder Punktionsmethoden. Die Punktion des Bubo ist schon sehr alt, oft geübt und wieder aufgegeben. Systematisch angewendet und warm empfohlen wurde sie zuerst von Vidal de Cassis. Man bedient sich dazu des Spitzbistouris oder des Troickart, sticht nach dem Centrum der Geschwulst hin ein, entleert durch leichte Compression täglich den Eiter und sucht den Eintritt von Luft möglichst zu vermeiden. Je nach Bedürfniss werden mehrere Punktionsöffnungen neben einander angelegt, oder an derselben Stelle die Punktion mehrmals wiederholt. Den Zeitpunkt wählten Vidal und seine Anhänger ziemlich spät, die neueren

so Kohn und Auspitz, wollen möglichst frühzeitig punktiren. Diese Methode ist nun vielfach modificirt worden. Zunächst hat man empfohlen das Sekret aus der Geschwulst auszusaugen, entweder mit der Pravazschen Spritze oder mit einer besondern subkutanen Druckpumpe. Namentlich hat Grünfeld auf dieses Verfahren aufmerksam gemacht. Andererseits hat man die Punktion mit Einspritzungen von leicht reizenden oder antiseptischen Medikamenten combinirt. Diesem Zwecke dienen Jodtinctur, Sublimat, Kampfer, Chlorkali, hypermangansaures Kali, Zincum sulfuricum, Ferrum sesquichloratum, einprocentige Carbolsäure, Jodkali u. s. w. Auspitz modificirte die Punktionsmethode in besonderer Weise, indem er durch die Oeffnung eine Knopfsonde in das Drüsenparenchym einführt und dort die Septa und damit die Veranlassung zu Eiterretention u. s. w. beseitigt und zerstört.

Man rühmt den verschiedenen Punktionsmethoden viele Vortheile nach, die aber kaum etwas zu bedeuten haben und gegenüber den Nachtheilen dieser Verfahren kaum in Betracht kommen. Als Vortheile der Punktionen werden geltend gemacht, dass man eine nur sehr unbedeutende Narbe zurückbehält, dass durch die minimale, subkutane Oeffnung der Luft der Zutritt zu der Abscesshöhle vermehrt wird, dass man schon sehr frühzeitig operativ einschreiten und dadurch den ganzen Process abkürzen könne. Grünfeld rühmt an seiner Auspumpmethode ausserdem, dass sämmtlicher Eiter auf einmal dadurch entfernt werden könne. Es ist dies nicht gut denkbar, da man nicht einen Abscess

mit glatten abgeschlossenen Wandungen, sondern ein von Eiter durchsetztes, zerklüftetes und maschiges Gewebe vor sich hat, das die schönste Gelegenheit zu Eiterretentionen bietet. Ferner ist die Injection medicamentöser Flüssigkeiten in die Abscesshöhle nach erfolgter Punktion ganz unwesentlich. Der Zweck, der damit verfolgt wird, Zerstörung des zerfallenen Gewebes und Anregung der Granulationsbildung, wird viel leichter erreicht, wenn man nach der unten noch näher zu erörternden Weise mit dem Bubo verfährt.

Sind demnach die Vortheile, die die Punktionsmethode mit allen ihren Modificationen bietet, nur ganz unbeträchtlicher Art, so setzt sie andererseits Schwierigkeiten und Nachtheile, die die ersteren vollauf überwiegen und wol zu beachten sind. Abgesehen von den Unzuträglichkeiten, welche das Verkleben der Punktionsöffnung, die Schmerzen beim Ausdrücken u. s. w. mit sich bringen, kann man in vielen Fällen genötigt sein, die Punktion an ein und derselben Drüse zu wiederholen oder bei isolirten Drüsenpacketen mehrere Punktionsöffnungen neben einander anzulegen. Vor allen Dingen aber spricht die Unmöglichkeit, alles Kranke auf diese Weise aus der Drüse zu entfernen, im Princip gegen diese Eröffnungsmethode des Bubo. Durch die einmalige Punktion wird nur der gerade vorhandene Eiter entfernt. Der Process im Innern dauert fort, mit ihm die Suppuration, der frisch gebildete Eiter muss alle Tage durch Compression entleert, die Fistel lange Zeit offen erhalten werden. Eine Drüse nach der andern macht die verschiedenen

Stadien der Entzündung durch, erst nachdem die letzte eitrig zerfallen, beginnt langsam die Heilung. Monate vergehen darüber, ehe der Bubo ausheilt und die Oeffnung verwächst. War aber bei der Vernarbung noch nicht alles Krankhafte entfernt, so kommt es nun noch sehr leicht zu höchst unangenehmen Recidiven.

Nach allen diesen Erwägungen dürfte es wol kaum rathsam erscheinen, zur operativen Behandlungsmethode des Bubo die Punktion zu wählen, zumal wir in der Anwendung des freien Schnittes ein Mittel besitzen, welches über alle jene durch die Punktion bedingten Nachtheile leicht hinweghilft. Ausserdem gestattet die Eröffnung der Drüsengeschwulst durch eine ausgiebige Incision einen freien Einblick in die pathologischen Veränderungen der erkrankten Theile. Sie ermöglicht ferner die gründliche Entfernung alles Krankhaften, entzieht damit dem entzündlichen Process seinen Boden und führt einzig und allein von allen Behandlungsweisen eine schnelle Heilung des Bubo herbei.

Herr Dr. Genzmer behandelt schon seit geraumer Zeit den Bubo inguinalis in der erwähnten Weise des freien Schnittes. Er hat mir gestattet, die von ihm behandelten Fälle aus den Jahren 1880 und 1881 zusammenzustellen und dieser Arbeit anzufügen als Beleg dafür, dass die Methode des freien Schnitts mit nachfolgender gründlicher Ausräumung des Bubo, Entfernung alles Krankhaften und offener Wundbehandlung nicht nur theoretisch als die rationellste Behandlung der Leistenbubonen erscheint, sondern auch in der

Praxis sich glänzend bewährt hat. Sein Verfahren war in allen den unten aufgezählten Fällen im grossen und ganzen dasselbe. Um deshalb im einzelnen Falle davon absehen zu können, erscheint es zweckmässig die Operationstechnik in kurzen Worten zu beschreiben.

Von grosser Wichtigkeit ist es, dass der Bubo möglichst frühzeitig operirt wird. Zu dem Ende darf man nicht eine durch Fluctuation nachweisbare Abcessbildung abwarten. Abgesehen davon, dass mit dem Hinzögern nur unnütz Zeit verloren wird, wird mit der Zunahme des Bubo der operative Eingriff immer grösser und die Verheilung immer langsamer. Am besten wählt man den Zeitpunkt, wo zur empfindlichen Drüsenschwellung Hautödem hinzutritt. Man spaltet alsdann den Bubo in seiner ganzen Länge durch einen freien, tief geführten Schnitt. Nachdem der Eiter abgeflossen, geht man mit dem Finger ein und tastet die ganze Höhle ab, um sich eine Vorstellung von der anatomischen Gestaltung derselben zu machen und um nach Vorsprüngen in der Wandung, nach hervorragenden Drüsenpaketen, nach Eitergängen, Höhlen und Taschen zu suchen. Hierauf schält man mit Hülfe der Fingernägel sämmtliche vorhandene Drüsen aus und entfernt sie aus der Höhle. Jetzt werden alle überhängenden Hautränder mit der Cooperschen Scheere abgetragen und der Geschwürsgrund noch mit dem Brunsschen Löffel energisch bearbeitet. Auf diese Weise ist nun alles Krankhafte entfernt und der Wunde die Form einer Mulde gegeben worden. Die Wundränder und der Boden werden noch mit dem Höllensteinstift geätzt, darauf

die Höhle für den ersten Tag der Blutstillung wegen mit Krüllgaze ausgestopft. Vom zweiten Tage ab werden bis zur Abstossung des Aetzschorfes Carbolumschläge applicirt. Ist diese erfolgt, so wird die Wunde mit einer Argentumlösung oder mit Jodoformpulver verbunden.

Die Erfolge dieser Methode sind sehr günstige. Die Patienten liegen im Durchnitt 3 bis 4 Tage im Bett. Am ersten Tage haben sie der Regel eine geringe Temperatursteigerung ohne Alteration des Allgemeinbefindens, und brennende Schmerzen in Folge der Aetzung. Später sind sie schmerzfrei und das Allgemeinbefinden ist ein gutes. Viele können 6 bis 8 Tage nach der Operation aus dem Krankenhause entlassen werden und vermögen dann ihren Beschäftigungen wieder nachzugehen, während der Vernarbungsprocess noch andauert. Die Entzündung, der jeglicher Boden entzogen ist, macht sofort Stillstand, die Granulationen füllen sehr schnell die Mulde aus. Die Vernarbung ist im Durchschnitt nach drei Wochen erfolgt.

Die einzige Complication, die bei dieser Behandlungsmethode dem Bubo zustossen kann, ist der geschwürige Zerfall der Wundränder, der sogenannte Drüsenschanker. Die Entstehung desselben ist so zu denken, dass der Bubo, während er gewöhnlich nur Tendenz zum Fortschritt zeigt, so lange er nicht offen ist, in einzelnen Fällen doch den Character eines Ulcus annimmt. Wie schon oben erwähnt, scheint besonders ein langes Bestehen des Bubo-Abscesses zum Drüsenschanker zu disponiren. Die Behandlung desselben muss

eine stark reizende sein. Sehr empfehlenswerth ist die Tamponade mit einer fünfprozentigen Chlorzinklösung oder mit einer zehnprozentigen Höllensteinlösung. Nach Abstossung des Aetzschorfes verbinde man mit Borsäure. Auf diese Weise erhält man sehr bald reine Granulationen und eine gute Heilung. Die Fälle Nr. 10 u. 16 bieten einen Beleg dafür.

Krankengeschichten.

1. Paul v. Kl., Architekt aus Sommerfeld, 27 Jahre alt. Ein sehr grosser linksseitiger Bubo bei noch vorhandenem Schanker, der schon seit circa 14 Tagen besteht. Am 20. Mai wird derselbe typisch operirt, nach 6 Tagen wird der Patient aus dem Krankenhause entlassen und geht seinem Beruf wieder nach. Trotzdem derselbe ein sehr anstrengender ist und Patient namentlich auch viel laufen muss, ist die Wunde nach 4 Wochen vernarbt.

2. Pharmaceut B. aus Halle, 27 Jahre alt. Bubo inguinalis dexter, der seit 14 Tagen besteht und weit in die Bauchdecken hinaufreicht. Phlegmonöse Abscesse. Am 11. December wird der Patient operirt, am 15. ist die Wunde reaktionslos und fast gereinigt. Am 19. geht der Patient spazieren. Vernarbung nach 14 Tagen.

3. Carl L., stud. agr. aus Halle, 26 Jahre alt. Bubo inguinalis sinister. Der Abscess ist über Handflächengross. 30. Januar Incision. Alle Drüsen werden herausgearbeitet. Der Hautdefect ist zwei Finger breit. Am 6. Februar ist die Wunde frisch granulirt und wird mit Argentumsalbe bestrichen, am 14. ist sie heil.

4. Kaufmann B. S. aus Halle, 32 Jahre alt. Bubo inguinalis sinister. Ein voraufgegangenes Ulcus molle wird geleugnet und ist zur Zeit nicht mehr nachweisbar. Seit einem Jahre besteht der Bubo, so dass sich längst zahlreiche Fisteln gebildet haben. Man fühlt harte Drüsenpackete von der Grösse einer Mannesfaust. Ein confluirender Abscess ist nicht vorhanden. Die Operation ist sehr schwierig, da die sehr harten Drüsen mit einander und mit der Haut verwachsen sind. Am 2. März findet die Operation statt, am 13. beginnt die Vernarbung, am 27. ist sie vollendet.

5. Herr B., stud. agr. aus Halle, 25 Jahre alt. Bubo inguinalis duplex. Die beiden Tumoren sind schon einmal incidirt gewesen, zeigen aber keine Tendenz zum Heilen. Sie bestehen seit etwa 4 Wochen. Dilatatorische Behandlung. Am 5. Mai Ausschabung beider Bubonen, sehr tief. Aetzung mit dem Stift. Am 12. Mai fast reine Wunde. Bis zum 14. hält sich Patient zu Hause, am 18. wird er aus der Behandlung entlassen, am 29. ist die Wunde vernarbt.

6. Herr E., stud. agr. aus Halle, 23 Jahre alt. Bubo inguinalis dexter. Der mässig grosse Tumor ist vorher längere Zeit mit Jodoform behandelt. 6 Tage nach der Operation geht der Patient herum.

7. Kaufmann F. aus Halle, 24 Jahre alt. Ulcus molle und Bubo, der schon seit Wochen besteht. Patient sträubt sich entschieden gegen einen gründlichen operativen Eingriff. Es wird deshalb am 12. Juli nur eine Incision ohne Narkose mit nachfolgender Drainage ausgeführt. Weil der Bubo nicht ausgeräumt werden

kann, zieht sich die Heilung sehr lange hin, und der Patient bleibt über 4 Wochen in Behandlung.

8. Herr stud. Z. aus Halle, 21 Jahre alt. Patient hat vor $2^1/_2$ Monaten ein Ulcus gehabt, in dessen Gefolge allmählig der Bubo entstanden ist. Am 11. Aug. wird er in typischer Weise operirt, am 30. aus dem Krankenhause entlassen.

9. Kaufmann Z. aus Halle, 18 Jahre alt. Bubo inguinalis duplex, ohne dass ein Ulcus voraufgegangen sein soll. Auf beiden Seiten sind grosse, harte Drüsenpackete, die zum Theil bis in's Becken hineinreichen. Mehrfach fistulöser Aufbruch. 19. September operirt, 29. entlassen. Später skrophulöse Recidive.

10. Herr R., Officier. Bubo inguinalis sinister. Patient hatte Anfang September einen Schanker, der sehr bald heilte. 12 Tage darauf entstand aber der Bubo, der erst 4 Wochen lang conservativ behandelt wurde. Am 12. October kam er zur Operation. Nach derselben entstand ein Drüsenschanker, der durch Behandlung mit Chlorzink schnell zur Heilung gebracht wurde.

11. Kaufmann Sch. aus Halle, 29 Jahre alt. Kleiner Bubo rechts. Incision, Ausschabung, Aetzung. Ambulante Behandlung.

12. Herr Pr., stud. agr. aus Halle, 29 Jahre alt. Ambulante Behandlung, schnelle Heilung.

13. Restaurateur F. aus Halle, 25 Jahre alt. Grosser, sehr vernachlässigter Bubo der rechten Seite. Am 6. November wird der Patient operirt, am 13. entlassen, am 25. war alles heil.

14. Herr cand. med. W. aus Halle, 22 Jahre alt. Bubo inguinalis dexter. 19. November Incision und Auslöfflung, Mitte Dezember Vernarbung.

15. Herr Sch . . . rr, Kaufmann aus Halle, 30 Jahr. Bubo inguinalis dexter. Sehr grosser Abscess. Am 31. Januar operirt, Ende Februar als geheilt entlassen.

16. Apotheker Br. aus Halle, 25 Jahre alt. Bubo inguinalis sinister. Vor 4 Wochen Ulcus molle, 8 Tage darauf schnell wachsender Bubo, bisher conservativ behandelt. Der Bubo ist über Hand gross und fluctuirt sehr stark. Am 25. Mai wird er operirt. Am 13. Juni tritt geschwüriger Zerfall der Wundränder ein. Der Drüsenschanker wird mit zehnprozentiger Höllensteinlösung behandelt. Am 22. Juni hat sich die Wunde gereinigt und zeigt gute Granulationen. Anfang Juli Vernarbung.

17. Kaufmann J. K. aus Halle, 25 Jahre alt.. Bubo inguinalis sinister. Grosser schwapper Abscess. Am 2. Juni wird der Patient operirt, am 5. verlässt er das Krankenhaus.

22. Herr stud. jur. R. aus Halle, 23 Jahre alt. Bubo inguinalis dexter. Incision am 26. Januar. Ambulant behandelt. Heilung Mitte Februar.

19. Herr stud. med. Ha. aus Halle, 21 Jahre alt. Doppelseitiger sehr grosser und tief gehender Bubo, der seit dem 16. Februar besteht. Am 27. beiderseitig operirt, wird der Patient am 6. März entlassen. Am 18. März heil.

20. Herr cand. phil. Rum . . . aus Halle, 25 Jahre alt. Ulcus seit 14 Tagen heil. Doppelseitiger Bubo.

Am 11. März operirt, später mit Jodoform verbunden, am 18. entlassen.

21. Herr Kaufmann Zsch . . . aus Halle, 27 Jahre alt. Linksseitiger Bubo, am 29. März operirt. Am 3. April steht der Patient auf. Dann mit Jodoform verbunden und ambulant weiter behandelt.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Dr. Genzmer, der mir sowohl die obigen Krankengeschichten aus seiner Praxis überliess, als auch überhaupt mich bei meiner Arbeit freundlichst unterstützte, meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Otto Kübitz, bin der Sohn des Amtmanns Wilhelm Kübitz zu Loburg, und am 7. December 1856 daselbst geboren. In der Heimath vorbereitet, besuchte ich von Ostern 1867 bis Ostern 1876 das Gymnasium zu Zerbst. Mit dem Zeugniss der Reife entlassen, bezog ich die Universität Berlin und absolvirte daselbst am 11. Mai 1878 das Tentamen physicum. Ostern 1879 vertauschte ich Berlin mit Halle, um zugleich meiner Militärpflicht bei der dortigen Garnison zu genügen. Nachdem ich daselbst das Staatsexamen bestanden, erhielt ich am 23. December 1881 die Approbation als Arzt.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen und Kliniken folgender Herren Professoren und Docenten:

in Berlin: Bardeleben, Braun, du Bois-Reymond, Hartmann, Helmholtz, Hirsch, Hirschberg, Liebreich, Mendel, Munk, Peters, Pinner, Reichert, Sell, Steinauer, Virchow, Waldenburg;

in Halle: Ackermann, Fritsch, Genzmer, Graefe, Hitzig, Kohlschütter, Küssner, Olshausen, Pott, Schwartze, Volkmann, Weber.

Allen diesen Herren meinen besten Dank!

Thesen.

I.

Das Jodoform ist als Verbandstoff bei Leistenbubonen sehr zu empfehlen.

II.

Bei schwerer Bronchiolitis ist die Inhalation von Salzwasserdämpfen ein wirksames und werthvolles Mittel.